МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
ВТОРОЙ МОСКОВСКИЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ им. Н. И. ПИРОГОВА

ТОМ CL

Серия — *организация здравоохранения*

ВЫПУСК 6

КОМПЛЕКСНЫЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под редакцией члена-корреспондента АМН СССР профессора Ю. П. Лисицына

ТРУДЫ ИНСТИТУТА

МОСКВА — 1980

5.2.1. Совершенствование системы взаимосвязи и преемственности между различными противоалкогольными звеньями предприятия и по месту жительства злоупотребляющих алкоголем, включая их семьи.

5.2.2. Разработка системы по своевременному выявлению и учету злоупотребляющих алкоголем.

5.2.2.1. Разработка наиболее эффективных организационных форм медицинского освидетельствования и динамического наблюдения злоупотребляющих алкоголем.

5.2.3. Разработка дифференцированных мер медико-социального воздействия на злоупотребляющих алкоголем и больных алкоголизмом, включая их микросоциальное окружение.

5.2.4. Разработка системы показателей для оценки качества и эффективности борьбы с пьянством и алкоголизмом на предприятии.

5.2.5. Проведение социального эксперимента по апробированию новых форм и методов противоалкогольной работы на предприятии,

5.2.5.1. Разработка научно обоснованных рекомендаций по дальнейшему совершенствованию системы профилактики и организации борьбы с пьянством и алкоголизмом на предприятии.

Нет сомнения в том, что комплексные социально-гигиенические и организационно-экономические исследования будут способствовать дальнейшему повышению эффективности медико-социального воздействия на лиц, злоупотребляющих алкоголем, в условиях промышленного предприятия.

К МЕТОДИКЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ, НА ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

А. В. Басов (Ярославль)

Больные с первой стадией заболевания алкоголизмом, как правило, выпадают из поля зрения специалиста нарколога. Хуже обстоит дело с изначальными состояниями, предшествующими заболеванию, изучение которых находится в зачаточном состоянии. Вместе с тем трудно переоценить важность изучения преморбидных состояний и начальных стадий любого заболевания.

Существующие методики изучения распространенности заболевания алкоголизмом далеки от совершенства. Как правило это недостаточный учет специфики заболевания алкоголизмом. Алкоголизм — заболевание, которому присущи изменения в трех сферах: психической, где изменения носят специфический характер и на этом базируется диагноз, и в сферах физической и социальной, где изменения носят неспецифический характер. В соответствии с этим, первое направление изучения распространенности алкоголизма — это изучение специфических изменений в психической сфере, вызванные длительным потреблением алкоголя. Второе направление — это изучение изменений физической или социальной сферы и выделение групп повышенного риска в отношении заболевания алкоголизмом. Используемые в настоящее время для этой цели анкеты анонимные и неанонимные, интервью анонимное и неанонимное как правило не совсем удовлетворяют исследователя из-за низкого качества получаемых ответов на вопросы о потреблении алкоголя и особенно в группе лиц, о которых имеются достоверные сведения о злоупотреблении алкоголем. Именно не заинтересованность в правильных ответах этой группы лиц ставит исследователя перед проблемой методического характера. Лица с первой стадией заболевания алкоголизмом больными себя за редким исключением не считают и дают резкую негативную реакцию на исследование. Для исследователя, стремящегося выяснить психический статус обследуемого, знания об основных признаках заболевания алкоголизмом пациентом становятся непреодолимым барьером в постановке правильного диагноза из-за твердого отрицания наличия этих узловых симптомов. При этом степень «качества» этого «оружия обороны» находится в прямой зависимости от образования и служебного положения обследуемого, как мы убедились при проведении пробного исследования. Такая особенность больных алкоголизмом как стремление скрыть свое заболевание обусловлена в большей части социальным моментом — угрозой со стороны общества применением не только мер морального характера, но и мер социального и правового порядка. Лживость больных алкоголизмом, которую отмечают многие авторы, в значительной мере сводит на нет все усилия, направленные на попытку диагносцировать заболевание. Это находит свое отражение в стремлении больных представить себя в более выгодном свете даже в тех ситуациях, где нет никакой необходимости — даже при заполнении ими анонимной анкеты.

Второй путь изучения распространенности алкоголизма предусматривает выделение группы повышенного риска по изменениям в социальной и физической сферах и более пристальное изучение этой группы злоупотребляющих для выделения больных алкоголизмом. Изменения в социальной сфере имеют место на самых ранних этапах развития заболевания и в преморбиде. Эти изменения могут носить иногда малозаметный характер, но обязательно присутствуют. Даже само неумеренное потребление алкоголя в рамках существующей

морали является проявлением нарушения социальных связей индивида. Выделение группы повышенного риска по изменениям в физической сфере — новое направление в изучении распространенности алкоголизма. Об этом подробно говорится в монографии И. Н. Пятницкой, В. А. Карлова и Б. Л. Элконина «Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма», 1977 г.

Степень выраженности нарушений социальной сферы зависит от многих факторов: образования, служебного положения, воспитания, традиций, ближайшего окружения, реакции общества и т. д. И все-таки социальный критерий является ведущим в отборе лиц группы повышенного риска. В частности, такой медико-социальный критерий отбора, предложенный Ю. П. Лисицыным, Н. Я. Копытом (1978), как потеря контроля за своим поведением в состоянии опьянения, является на сегодня основным. Этот критерий позволяет изучить наиболее важную группу, куда войдут не только больные алкоголизмом но и лица в преморбиде.

Мы считаем важным выяснить насколько медико-социальный критерий совпадает с клиническим диагнозом алкоголизма. Возвращаясь к выше сказанному о трудностях в постановке диагноза алкоголизм мы считаем, что эти трудности связаны с изначальной не заинтересованностью обследуемого в постановке правильного диагноза. Некоторые исследователи наткнулись на это важное обстоятельство эмпирически в результате поиска методик изучения вопросов раннего выявления заболевания алкоголизмом. В частности, В. Г. Запорожченко (1973) отметил необходимость вуалирования прямой цели исследования, перехода на нестандартизованное интервью, индивидуальность подхода при постановке диагноза алкоголизм. Им же отмечено и непременное условие получения достоверной информации — наличие контакта с обследуемым.

В ходе поисковых работ мы отмечали неоднократно улучшение контакта и более высокое качество информации, если она была получена в ходе обычного медицинского осмотра, когда рассматривались и анализировались жалобы пациента на те или иные соматические и неврологические недуги. В результате появилось скрытое, с тщательным вуалированием, нестандартизованное интервью в ходе медицинского осмотра. Основное преимущество этого метода — это возможность для исследователя относительно легко выделить группу злоупотребляющих или, иначе, группу повышенного риска в отношении алкоголизма и изучить ее более тщательно на предмет заболевания алкоголизмом. При этом имеется возможность длительного контакта с обследуемым и следовательно более точной диагностики. А контакт от раза к разу улучшался. Кроме того необходимо вызывать на осмотр и тех, кого никак не обвинишь в злоупотреблении алкоголем — это одно из непременных условий полноценного сбора материала.

Нами были изучены методом скрытого нестандартизованного интервью лица, имевшие нарушения в быту и на производстве, с высокой степенью вероятности связанные с употреблением алкоголя: посещение медицинских вытрезвителей, прогулы, пьянка в рабочее время, явка на работу в нетрезвом состоянии, пронос на завод алкогольных напитков, письменные жалобы родственников и соседей на антисоциальное поведение в быту, приводы, аресты. Эти нарушения составляют более 90% всех нарушений, фиксируемых отделом кадров. В группу повышенного риска были отобраны те, кто имел нарушения за последние три года.

Среди группы злоупотребляющих нами были выделены группа больных алкоголизмом (1 и 2 стадии заболевания по А. А. Портнову) — 35,2%, группа злоупотребляющих с начальными признаками алкоголизма — 35,0% и группа без признаков алкоголизма 29,8%.

Это дает нам право утверждать, что медико-социальный критерий алкоголизма имеет высокую разрешающую способность и должен быть использован самым широким образом.

МОНОТОННЫЙ ТРУД НА ПРОИЗВОДСТВЕ КАК ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЮ АЛКОГОЛЕМ

В. Г. Запорожченко (Москва)

В эпоху научно-технической революции на промышленных предприятиях все большее количество рабочих переходит на такие виды труда, которые требуют от них мастерства, сноровки, сравнительно высокого общего образования и технической подготовки. Однако на некоторых предприятиях еще имеются такие профессии, где в основном представлен монотонный неквалифицированный физический труд. Содержание его, в частности, навеска деталей на конвейер, несложно, но монотонно и не требует практически никакой квалификации.

Анализ показывает, что представители именно этой группы профессии дают наибольшее количество нарушителей трудовой дисциплины, прогульщиков, пьяниц, «летунов» и т. п. Методом свободного интервью, с целью выявления факторов и условий, способствующих злоупотреблению алкоголем, нами обследована группа мужчин (около 150 чел) представителей этих профессий. Общеобразовательный и культурный уровень у них оказался ниже, чем у рабочих-инструменталь-

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАЧАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

П. И. Сидоров (Архангельск)

Трудности лечения развернутых стадий алкоголизма у взрослых заставляют искать пути все более раннего его выявления у более молодых возрастных групп. В литературе имеется лишь незначительное число работ, специально посвященных изучению начальной стадии алкоголизма у больных зрелого возраста (А. А. Портнов, 1959; В. В. Бориневич; И. Н. Пятницкая, 1959; А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, 1971; И. Н. Пятницкая, Ю. В. Шаламайко, 1974; Ю. В. Шаламайко, 1975).

Целью нашего исследования было изучение особенностей перерастания алкоголизации в алкоголизм, формирования начальных клинических проявлений заболевания у подростков. Учитывая известную прогредиентность и злокачественность подросткового алкоголизма он может служить «удобной» моделью для обсуждения вопросов нормы и патологии в социальной и клинической наркологии.

Выборочно нами была обследована группа подростков и юношей, обнаруживающих клинические признаки алкоголизма, из них 27% в возрасте 15—16 лет, 57% в возрасте 17—18 лет и 6% — в возрасте 19—22 лет, у которых хронический алкоголизм был диагносцирован еще до совершеннолетия.

Первое знакомство подростков исследуемого контингента со спиртными напитками происходило обычно в 10—12 лет. Либо родители за праздничным столом снисходительно разрешали налить «чуть—чуть» подростку, с удовольствием воспринимающему ритуал чоканья, либо старшие товарищи предлагали вместе с ними «отметить» какой-нибудь праздник. Почти всегда первая алкоголизация воспринималась субъективно неприятно. Подростки отмечали «горький вкус» водки, жжение во рту, головокружение, тошноту и в ряде случаев рвоту даже от однократного приема небольших доз алкоголя. После такого первого, чаще дискомфортного знакомства с алкоголем большинство подростков обычно некоторое время избегали алкоголизации. Но в возрасте 13—14 лет в связи с какими-либо событиями социальной жизни алкоголизация возобновлялась, неся в себе уже определенное психологическое содержание, символизируя в восприятии подростка взрослость и самостоятельность.

У большинства подростков в состоянии опьянения отмечалась укороченная и нестойкая эйфория, расторможение агрессивных тенденций, влечений. Характерным для несовершеннолетних являлось «культивирование» эйфории опьянения. Это достигалось особой эмоциональной заражаемостью в периоде «ожидания», коллективной взаимоиндукцией во время ритуала принятия спиртного. Использовались для этих целей и ритмическая музыка, и различные медикаментозные средства, катализирующие возбуждение и усиливающие механизмы индукции. Расширялся круг возможных поводов алкоголизации, заполняющих избыток свободного времени. Спиртные напитки употреблялись «от нечего делать», «для поиска уличных приключений», «за компанию», «для храбрости» перед танцами.

Изначальная толерантность была невелика — 75—100 мл водки и чем моложе возраст первого значимого опьянения, тем она меньше. С учащением алкоголизации до 2—3 раз в месяц толерантность начинала возрастать. Увеличение переносимости алкоголя воспринималось в компании сверстников как признак особой достойной уважения «силы и крепости». Чем меньше была изначальная толерантность, тем быстрее возрастала ее кратность при учащении алкоголизации. Этот факт отражает значимость раннего возраста приобщения к алкогольным обычаям и начала употребления спиртного. Если алкоголизация прерывалась в связи с внешними обстоятельствами на 2—3 месяца полным воздержанием от потребления спиртного, толерантность понижалась и при последующем возобновлении алкоголизации подростки отмечали, что она почти равна изначальной. Такая лабильность толерантности отмечалась только на начальных этапах, когда она не превышала 2—3-кратного увеличения. Утрата лабильности толерантности, независимо от продолжительности «светлого периода», являлась одним из начальных определенных признаков изменения реактивности к алкоголю.

С началом алкоголизации у подростков очень быстро возникали конфликты на работе или в учебном заведении, в семье. Возникающее противодействие микросоциальной среды, если оно ограничивалось мерами репрессивного характера, не ограждало подростка от «алкогольной компании». Стиль алкоголизации, принятый в «алкогольной компании», воспринимался естественным и нормальным. Окончательно формировалась психологическая готовность к некритичному восприятию алкогольных обычаев. Алкоголизация становилась регулярной (2—3 раза в неделю). Естественной нормой поведения считалось употребление спиртных напитков перед танцами, в выходные дни, с получки и аванса, при встрече с друзьями и т. д. Легко и без сожаления прерывалась учеба в школе, ПТУ или техникуме. Неизбежно углублялись социальные конфликты. Подростки не удерживались на одном месте работы, мотивируя уход тем, что не нравится ранее привлекавшая специальность. Однако, если комиссия по делам несовершеннолетних устраивала их на другую работу —

история повторялась. У подростков утрачивалась не только определенность в вопросах профессиональной ориентации, но и сама установка на трудовую деятельность. Круг активной социальной жизни ограничивался проблемами и интересами «алкогольной» компании, в которой, как правило, можно встретить лиц, ранее судимых, состоящих на учете в инспекции по делам несовершеннолетних, попадавших в медицинские вытрезвители. Новый член такого микроколлектива был почти обречен на прохождение «обязательной программы», начинавшейся с хулиганских действий в состоянии опьянения и приводов в инспекцию по делам несовершеннолетних, а заканчивающейся серьезным правонарушением или рецидивами доставки в медицинский вытрезвитель.

С увеличением толерантности до четырех-пятикратного уровня относительно изначальной утрачивались биологические защитные механизмы: не возникло уже чувства отвращения при передозировках на утро, исчезал защитный рвотный рефлекс. Появление этих симптомов не оценивалось должным образом подростками, имевшими перед собой в качестве нормы потребления спиртного пример более «опытных» товарищей, зачастую сформировавшихся алкоголиков. Влияние алкогольных обычаев наиболее полно проявлялось в извращении форм опьянения, когда напиваться до состояния оглушения являлось требованием «нормального» завершения застолья. У подростков из такой среды отмечалась убежденность, что пить надо кончать, только когда уже «отключаешься» и уже «плохо». Алкоголизация становилась необходимым атрибутом время провождения, расширялся спектр поводов и мотивов употребления спиртного. В мотивации на первый план выходили гедонистические тенденции: «пью для повышения настроения», «чтобы развеселиться», «приятно пить», «вызывает приятное ощущение» и т. д. Употребление алкоголя становилось основным смыслообразующим мотивом поведения.

С началом регулярной алкогольной интоксикации быстро развивалась астенизация личности. В структуре алкогольного астенического симптомокомплекса обычно была представлена повышенная утомляемость, рассеянность, отсутствие интереса к окружающему, адинамия и снижение социальной активности. Все обязанности, связанные с учебой или работой, выполнялись через силу. Утрачивался интерес к ранее привлекательной специальности, неизбежно возникали различные нарушения трудовой дисциплины. Часто отмечалось пониженное настроение, все окружающее воспринималось в «сером цвете». Более очерченными становились постинтоксикационные анимально-вегетативные сдвиги, характеризующиеся известными состояниями дискомфорта, ощущением жажды по утрам, головной болью, гипергидрозом при физическом напряжении, утренней анорексией. Интоксикацию после алкогольного эксцесса у таких подростков было затруднительно дифференцировать от начальных проявлений абстиненции. Оба ряда симптомов тесно переплетены, невыражены, лабильны.

Некоторые из юношей, усваивая стиль алкогольной компании, рано знакомились с различными суррогатами алкоголя, пробуя пить одеколон, духи, зубной элексир, йод (обработанный фиксажем), зубную пасту, лосьон, политуру, лак, муравьиный спирт.

Нередко можно было встретить употребление с алкоголем различных лекарственных препаратов (димедрол, циклодол, паркопан и др.) углубляющих и усиливающих оглушающий и психотропный эффект.

При подростково-юношеском алкоголизме представляется затруднительным выделить определенные типы изменения личности. Однако раняя алкоголизация усиливала и ускоряла преморбидно начавшийся процесс деформации личности. На этапе развернутой алкоголизации наблюдались разнообразные расстройства преимущественно в эмоциональной и волевой сфере. Так, у несовершеннолетних ослаблевали высшие эмоции, падала социальная активность, угасали трудовые установки, страдало здоровое честолюбие и нравственные качества. На первый план выступали такие эмоциональные нарушения, как огрубление, дисфорические и депрессивные эпизоды, эйфория, слабоволие, склонность к аффектам, развязанность и т. п. Перечисленные нарушения сами по себе неспецифичны и могут наблюдаться в рамках психоорганического синдрома любого генеза. Но при подростково-юношеском алкоголизме они тем более рельефны на фоне молодого возраста пациентов.

В расстройствах алкогольного происхождения выявлялись вместе с тем и особенности патогномоничные алкоголизму у взрослых. Более всего они были выражены в отношениях с собутыльниками и людьми, ведущими «алкогольный» образ жизни. Сверстники с трезвенническими установками подвергались остракизму и третировались как «неполноценные» и «ненормальные». Подростки становились невнимательными к близким, а порой и жестоки в отношениях с прежними друзьями — неискренними, холодными, замкнутыми и недоверчивыми. Непринужденно больные чувствовали себя только в «своем кругу». Нередко они были трогательно заботливыми к себе подобным, целыми «делегациями» навещая товарищей, «попавших» на лечение от алкоголизма. Они легко находили общий язык с собутыльниками и быстро сближались друг с другом. Во взглядах, привычках и образе жизни несовершеннолетних больных появлялось много общего. Формировалась своеобразная алкогольная микрокультура, где гос-

подствовали особые нормы взаимоотношений и «кодекс чести», основанные на совместном употреблении спиртных напитков. Они стремятся скрыть инстинные причины пьянства. Такие несовершеннолетние утверждали, что пьют так редко и мало, что их надо считать едва ли не абсолютными трезвенниками, либо преподносили гротескный алкогольный анамнез. Эта характерная потеря «меры диссимуляции» (В. А. Жмуров, 1978) говорит об отсутствии у подростков ясного представления о границах умеренного употребления алкоголя, говорит об их полной изоляции от воздействия противоалкогольной пропаганды. Трезвость представляется им столь чуждой и неестественной, что нужны, по их мнению, особые причины, чтобы не пьянствовать.

Не лишена своеобразия и неустойчивость настроения у молодых алкоголиков. Вкрадчивость и подобострастие в ситуациях, сулящих выпивку, резко сменялись гневливостью и агрессивнностью, если ей препятствовали. Обстоятельства, отдаленные по времени, не вызывали обычно глубоких переживаний у подростков. В то же время на ситуации случайные, но непосредственные, они реагировали несоразмерными вспышками аффектов. Несовершеннолетним больным были свойственны (часто наигранные и компенсаторные) бесцеремонность, наглость, развязность, бахвальство, которые в условиях строгого контроля легко сменялись подавленностью и беспомощностью, эмоциональной лабильностью и пассивной подчиняемостью. Утрачивалась планомерность деятельности, настойчивость, подростки все более полагались на случай, везение, формировался узко ситуативный тип поведения, при котором поступки определялись непосредственными и случайными внешними обстоятельствами или внутренними импульсами.

Они не могли вырваться из плена сиюминутных переживаний и побуждений, им свойственна тенденция жить одним днем. Терялась самостоятельность и способность противостоять влияниям извне. Поведение приобретало черты парадоксальности. Не воздержанием, а учащением приема алкоголя больные пытались завоевать расположение товарищей. Что касается нарушений мышления, то они выражались в легкости и поверхностности суждений, излишней словоохотливости, повышенной самооценке, недостаточной критике к своему заболеванию. Анозогнозия у несовершеннолетних была выражена в большей степени, чем у больных зрелого возраста.

Таким образом, у подростков, воспитывающихся в условиях «алкогольной» микросреды, можно обнаружить своеобразную злокачественность дебюта, состоящую в имитации подростками стиля алкоголизации, свойственного развернутым стадиям хронического алкоголизма. Эти несовершеннолетние могут быть названы угрожаемым контингентом. Именно они преимущественно и дают клинику подростково-юношеского алкоголизма.

Алкоголизация подростков вплетается в единый спектр асоциального поведения, являясь его неизбежной составной частью и катализатором дальнейшей социальной декомпенсации. Представляется возможным говорить о первичной утрате у этих подростков защитных социальных механизмов, социального, в широком смысле, контроля, в силу их нравственно-этической несостоятельности и преморбидной отягощенности, реализующих себя в условиях неблагополучной микросоциальной среды.

Алкоголизм в подростково-юношеском возрасте не может рассматриваться как особый клинический феномен. Своеобразие его порождается возрастным социально-психологическим профилем контингента и преморбидной личной отягощенностью, привносящими особенности на этапе преклинического развития, но не меняющими принципиально клинику хронического алкоголизма.

СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ ПОДРОСТКАМИ

Е. С. Скворцова (Москва)

Многие авторы: В. В. Смирнов, 1966; Г. Г. Заиграев, 1968; Б. М. Левин, 1972; С. Г. Струмилин, М. Я. Сонин, 1974; В. Г. Запорожченко, Н. Я. Копыт, 1975 и др., занимающиеся изучением причин алкоголизма среди взрослого населения, указывают, как на один из значимых фактогов, неумение проводить свое свободное время лицами, злоупотребляющими спиртными напитками.

Мы попытались исследовать этото вопрос в отношении подростков, неоднократно употребляющих алкогольные напитки. Было проведено выборочное исследование 2-х групп подростков: а) неупотребляющих алкогольные напитки (контрольная группа) и б) употребляющих их (основная группа). Всего было обследовано 280 человек. Контрольная группа подростков была подобрана методом «паракопий» и уравновешена с основной по полу, возрасту, психическому здоровью, району проживания и жилищным условиям.

Сравнительное изучение продолжительности свободного времени у подростков основной и контрольной групп показало, что длительность досуга у подростков, употребляющих алкоголь, значительно больше, чем у подростков, неупотребляющих алкоголь. Средняя продолжительность свободного

времени у подростков основной группы 6, 7 часа, а у подростков контрольной группы — 3, 4 часа, т. е. в 2 раза меньше. Подавляющее число подростков (74,2%), неоднократно употребляющих спиртное, имеют 7—8 часов свободного времени, тогда как в контрольной группе лишь 5 человек (4,5%) имели такое количество свободного времени. Различие статистически достоверно ($t>3$).

Большое количество свободного времени само по себе — это благо. Свободное время — мерило богатства общества, об этом говорил еще К. Маркс[1]. Но как показали современные социологические исследования, проблема не только в том, чтобы было как можно больше свободного времени у индивида, но и в том чтобы подготовить этого индивида к умелому проведению, использованию этого свободного времени.

При сравнительном анализе проведения свободного времени подростками обеих групп выяснилось, что для подростков, неоднократно употребляющих алкогольные напитки, характерно бессодержательное время препровождение. Из всех обследованных подростков основной группы только 14,2±2,6% занимались на момент исследования в спортсекциях, а 6,5±1,8% — в кружках. Остальные обследования или вообще никогда не занимались в спортсекциях и кружках, или детали попытки ходить на тренировки, на занятия в кружки, но очень быстро это забрасывали. В контрольной же группе занимаются в спортивных секциях 39,1±4,6% подростков, в кружках, в музыкальных школах, на подготовительных курсах — 41,8±4,7%. Различие показателей статистически значимо ($t>3$).

У подавляющего большинства подростков, употребляющих спиртное, нет каких-либо индивидуальных увлечений (хобби). Лишь 10,0±2,3% из всех обследованных подростков основной группы имели увлечение. Но при качественной оценки этих увлечений вырисовывается их примитивно-собирательный характер: коллекционирование знаков, фотографий певцов, модных дисков звукозаписи и т. д. Очень малое количество подростков, неоднократно употребляющих алкогольные напитки, ходит на выставки, в театры — 5,3±1,7%. Причем, это посещение часто происходит не по личной инициативе, а в связи с коллективным посещением. В контрольной же группе 33,7±4,2% обследованных имеют хобби. По содержанию эти увлечения глубже, познавательнее: коллекционирование марок на определенные темы, разведение рыб, радиолюбительство, чеканка и т. д. В 6 раз большее количество ребят контрольной группы посещает выставки, ходит в театры. Различие между основной и контрольной группой

---

[1] *Маркс К. и Энгельс Ф.* Соч., т. 26, ч. III, с. 264.

подростков по данным формам проведения досуга статистически достоверно ($t=3$).

Подростки, употребляющие спиртное, мало читают книг. 28,8±3,5% подростков книг вообще не читают; 29,4±3,5% читают 2—3—5 книг за целый год. 5,3±1,7% подростков читают много: 5—6 книг в месяц, но по содержанию это чтение носит характер приключенческо-детективный. В контрольной группе почти у 3/4 подростков отмечается высокая интенсивность чтения книг: от 2—3 до 4—6 книг в месяц и только 9,1±2,2% подростков контрольной группы мало читает книг, объясняя это большой загруженностью школьной программы, занятостью на общественной работе. Различие между подростками, употребляющими и неупотребляющими алкоголь, по уровню чтения книг достоверно ($t=3$). Почти никто из подростков, употребляющих спиртные напитки, не занимается общественной работой (98,2±1,0%), лишь трое из всех обследованных ребят основной группы выполняют отдельные мелкие поручения. В контрольной же группе 36,4±4,6%, подростков выполняют различного рода общественные поручения ($t=3$).

Если сопоставить в целом подростков основной и контрольной групп по наличию содержательных занятий в свободное время, то оказывается, что 97,3±1,2% подростков контрольной группы содержательно проводят свой досуг, причем 44,5±4,7% имеют несколько разносторонних занятий в свободное время: чтение, спорт, обучение музыке и т. д. Лишь 2,7% подростков контрольной группы не имеют увлечений в связи с тем, что они много времени (более 6 часов) уделяют подготовке к занятиям. Напротив, 57,6±3,8 подростков, употребляющих спиртное, не имеют ни одного содержательного занятия: не занимаются ни в спортивных секциях, ни в кружках, не ведут общественной работы, не увлекаются чтением, не имсют какого-либо хобби, не посещают выставок, театров. Среди подростков основной группы нет ни одного, который бы имел несколько разносторонних занятий в свободное время. Хотя 42,4±3,8% подростков основной группы имеют какое-либо увлечение (чаще спорт или чтение детективов) оно не останавливает их от частого употребления спиртного, так как с одной стороны уровень этих увлечений качественно низкий, а с другой стороны они не исчерпывают весь арсенал свободного времени, который имеется у подростков, неоднократно употребляющих спиртное. Если использовать классификацию увлечений подростков в свободное время, предложенную А. Е. Лично с соавторами (1973), то для подростков основной группы «свойственно информативно-коммуникативные хобби (жажда постоянного получения новой легкой информации, нетребующей никакой критической интеллектуальной переработки,

а также потребность в поверхностных контактах, позволяющих этой информацией обмениваться; это — многочасовая пустая болтовня, глядение всего подряд по телевизору; азартное хобби — игра в деньги и карты»[1]. Действительно, подростки, употребляющие алкогольные напитки, превалируют над подростками контрольной группы в таких занятиях, как азартные игры, посещение кафе, баров, «потребление» популярной музыким.

Таким образом, сравнительный анализ проведения свободного времени подростками, неоднократно употребляющими спиртное, показывает, что в целом для них характерно примитивное, бесцельное времяпрепровождение. Дисперсионный анализ выявляет высокую степень влияния данного фактора на развитие употребления алкоголя в подростковом возрасте $\eta=0{,}48$ или 48% с достоверностью $p<0{,}001$.

Следовательно, учитывая большое значение в развитии употребления алкоголя среди подростков фактора проведения свободного времени, непременным условием борьбы с алкоголизацией среди подрастающего поколения должна быть умелая, всесторонне продуманная организация свободного времени детей и подростков, в особенности так называемых педагогически трудных детей и подростков.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Е. Д. Красик, В. Б. Миневич, Ю. И. Прядухин, О. П. Солдаткин, А. К. Стрелис, О. Е. Шарабурова (Томск)

Изучение связи алкоголизма и туберкулеза продолжается весьма давно. Первые работы на эту тему появились еще в середине прошлого века. Вопрос чаще всего рассматривался в двух аспектах: либо туберкулезный процесс ведет к учащению алкоголизации, либо алкоголизм, снижая защитные свойства, создает благоприятный фон для развития туберкулеза. Этот вопрос подробно изучен А. И. Ершовым (1966), С. В. Массино (1953), исходя из клинических закономерностей. Высказывались и противоположные точки зрения, согласно которым между этими заболеваниями нет связи (Nesson, 1889) и даже утверждалось, что легочная чахотка у «профессиональных пьяниц» вообще менее распространена. Эти взгляды в настоящее время представляют скорее исторический, нежели клинический интерес.

[1] *Личко А. Е.* Основные типы нарушения поведения у подростков. В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л., 1973, с. 13.

Довольно часто неблагоприятное сочетание этих заболеваний рассматривается исключительно как следствие воздействия среды. При этом нередко игнорируется медико-биологическая сторона вопроса, и гиперболизируется значение таких факторов, как квартирные условия, изменение материального благополучия и т. п. Большинство современных авторов полагают, что существует тесная связь между частотой алкоголизации и туберкулезом. Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт (1978) на основании обследования жителей Москвы показали, что заболеваемость туберкулезом среди больных алкоголизмом в 3,4 раза выше, чем в популяции сопоставимых возрастов и достигает 14,7 на 1000. Отмечено, что это же относится и к болезням органов дыхания.

По данным J. Piton et ol (1957) среди больных алкоголизмом у 31% мужчин и 8% женщин имеется туберкулезный процесс. А. Г. Гукасян (1968), анализируя данные иностранной литературы, указывает, что в капиталистических странах у 30% больных туберкулезом диагностируется и алкоголизм, причем прослеживается прямая корреляция между тяжестью алкоголизма и туберкулеза. В штате Массачусетс среди больных туберкулезом 20% лиц нуждались в лечении и от алкоголизма. В свою очередь, среди больных алкоголизмом 5,5% страдали туберкулезом. Это в 16 раз выше средней болезненности туберкулезом в населении штата.

Обследования больных туберкулезом в стационарах и санаториях подтверждают очень высокую распространенность алкоголизма среди больных туберкулезом. Так, Kerambrun ef al (1959) обнаружили среди 654 больных в противотуберкулезном санатории департамента Сены 45% алкоголиков. Авторы утверждают, что чем длительнее алкоголизм, тем вероятнее туберкулез, и наоборот. Lanceron в парижских больницах у 43% больных туребкулезом выявил алкоголизм, а J. Lemenager (1960) сообщает о 70% таких больных.

Существенно изменяется и клиника туберкулеза при алкоголизме. Литературные данные свидетельствуют о том, что алкоголизм неблагоприятно влияет на течение туберкулеза. Так, М. З. Майсурадзе (1961) отметил у таких больных чаще миллиарные формы, а Veran, Lucos (1957) — бурное течение с гематогенной и бронхопневматической диссиминацией. Нередко отличается вялое течение туберкулеза у больных алкоголизмом, что связывается с ослаблением реактивности (Соловьева А. С. с соавт., 1976). Однако чаще наблюдается тяжелое течение: в 36% случаев — фиброзно-кавернозный, а в 28% — диссиминированный туберкулез легких. Некоторые авторы (Попов В. Н., 1975, Наку А. Г., Ревенко М. Г. и др., 1973) показали особенности течения алкогольных психозов у больных туберкулезом и психозов при туберкулезном менингите у больных алкоголизмом.

— несмотря на недостатки, медицинская помощь достигла высокого уровня. Во всех странах имеется хорошая материально-техническая база здравоохранения.

Заслуживают внимания отдельные элементы медицинской помощи, в частности, первичная медико-санитарная.

Являясь результатом уступки справящей верхушки рабочему классу, система социального страхования является объектом нападок буржуазии, стремящейся ограничить объем и сферу действия системы. В последние годы имеет место оживление классовой, политической борьбы населения этих стран за свои социальные права, в частности, за здравоохранение.

СОДЕРЖАНИЕ